



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS DE  
PACIENTES FONOAUDIOLÓGICOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19**

Yo .....DNI.....  
mayor de edad, en mi propio nombre o en representación, como padre/ madre o tutor legal de

..... DNI.....

Declaro que se me ha explicado de manera clara los aspectos necesarios para recibir atención Fonoaudiología durante la pandemia por COVID-19, y además afirmo que entiendo claramente lo siguiente:

- El tiempo entre exposición al virus Covid-19 y la aparición de los primeros síntomas es amplio, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos; y es complicado determinar quién es portador del virus.
- Se recomienda una distancia mínima de 1.5 metros entre las personas, pero para brindar una adecuada atención Fonoaudiología es imposible mantenerla, debido a la cercanía física necesaria del Fonoaudiólogo al paciente para realizar los estudios y/o tratamientos
- Debido al alto riesgo de transmisión del virus Covid-19, a la presencia de otras personas en el consultorio, y las características de los procedimientos Fonoaudiológicos, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo todos los protocolos de protección, bioseguridad e higiene llevados a cabo en este Centro / Consultorio.
- Declaro que tanto como tutor y/o paciente: No presentar ni haber presentado, fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, pérdida de olfato o gusto u otros posiblemente relacionados al COVID-19 en los últimos 14 días. Tampoco haber estado en contacto con personas confirmadas de portar el virus Covid-19 o haber viajado a otros países en los últimos 14 días

. Entendiendo lo anterior, y al ser aclaradas todas mis dudas sobre el procedimiento a realizar mediante explicaciones claras y sencillas, estoy completamente informado/a y doy mi consentimiento a la realización del tratamiento/estudio correspondiente.

Fonoaudiólogo: .....

Paciente o Encargado: .....

Matrícula Profesional: .....

Aclaración: .....

Fecha: .....

DNI: .....